



CERTIFICADO MÉDICO PARA EDUCACIÓN FÍSICA

SEÑORES RESPONSABLES PARENTALES:

Con el fin de preservar la salud de su hijo/a durante la práctica de Educación Física, les solicitamos efectúen la revisión médica, oftalmológica y odontológica abajo indicada, con los profesionales de la salud a los que habitualmente asisten, solicitándoles completen los datos requeridos en el presente formulario.

LA PRESENTACIÓN DE LA MISMA TIENE CARÁCTER OBLIGATORIO

Fecha Término para su presentación en Subregencia, original y DOS copias: 04 MARZO 2024

DATOS PERSONALES DEL ALUMNO/CADETE

APELLIDO Y NOMBRE:..... **CURSO/GRADO/SALA:**..... **DIVISIÓN:**.....

LUGAR Y FECHA:.....

¿Padece alguna enfermedad congénita o adquirida que **NO** le permita realizar actividad física total o parcialmente?

ESPECIFIQUE:.....

PESO:.....,.....Kg. **TALLA:**.....,.....m.

ES ALÉRGICO: (MARCAR CON UNA CRUZ LO QUE CORRESPONDA) **SI** **NO**

ESPECIFIQUE:.....

DATOS SANGUÍNEOS: GRUPO:..... FACTOR: RH..... (ADJUNTAR COPIA DEL CERTIFICADO BIOQUÍMICO)

EXAMEN DE SANGRE Y ORINA COMPLETO (ADJUNTAR INFORME BIOQUÍMICO)

PRESIÓN ARTERIAL:

FRECUENCIA CARDIACA:.....

ELECTROCARDIOGRAMA: (MARCAR CON UNA CRUZ LO QUE CORRESPONDA) **APTO** **NO APTO** (ADJUNTAR ESTUDIO CON INFORME)

INFORME MÉDICO PEDIÁTRICO O CLÍNICO:

(MARCAR CON UNA CRUZ LO QUE CORRESPONDA) **APTO** **NO APTO**

.....
FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO

INFORME OFTALMOLÓGICO:.....

(MARCAR CON UNA CRUZ LO QUE CORRESPONDA) **APTO** **NO APTO**

.....
FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO

INFORME ODONTOLÓGICO:.....

(MARCAR CON UNA CRUZ LO QUE CORRESPONDA) **APTO** **NO APTO**

.....
FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO